

問診表

新川新横浜クリニック

フリガナ
氏名: _____ 男・女 (明・大・昭・平 年 月 日生) 身長: _____ cm 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

電話: (_____) _____ 携帯: (_____) _____

※携帯電話の他に固定電話(ご自宅・ご実家・ご兄弟または勤務先等)の緊急連絡先を必ずご記入下さい。

下記の質問にお答え下さい。あてはまるものに○をつけ、下線部分は書き込んで下さい。

1. どこが悪くて来ましたか？又、どんな様子ですか？

- 右耳 ・左耳 : ・痛い ・聞こえが悪い ・めまい・耳なり・耳だれ・かゆい ・耳をふさがれた感じ ・音がひびく・耳あか
- 鼻 : ・鼻づまり ・鼻汁 ・くしゃみ ・鼻血 ・においがわからない ・痛い ・ほほがはれている
- 口 ・ のど : ・痛い ・声がかすれる ・息が苦しい ・異物感 ・何かできている ・いびき
- その他 : ・頭痛 ・ことばがおそい ・首のはれ ・あごの下のはれ ・いつも口を開いている
・首が痛い ・せき ・たん ・手術後の検診 ・その他(_____)
・花粉症の予防など相談 ・レーザー手術 ・紹介状あり ・学校検診 ・熱がある(_____ °C)

2. いつからですか？

(昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日から(_____ 歳 _____ ヶ月から , _____ 日 ・ ヶ月前から)

3. このために他の医療機関などで治療をしていますか？

(している ・ 過去にしていた ・ していない)

4. 現在飲まれているお薬はありますか？(お薬手帳や処方箋をお持ちでない方は、お薬の名前をお書き下さい)

ある【お薬手帳あり】／【薬の名前: _____)】 ・ ない
(処方箋等)

5. これまでに、耳・鼻・のどの病気をしたことがありますか？又、そのために手術をしましたか？

ある(病名: _____ そのために手術をしたことが(ある ・ ない)) ・ ない

6. 耳鼻咽喉科以外の大きな病気をしたことがありますか？又、現在その治療をしていますか？

ある(病名: _____ 現在その治療をして(いる ・ いない)) ・ ない

7. 他院で感染症があると言われたことがありますか？ある場合、何と言われましたか？

ある(B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・その他(_____)) ・ ない

8. 薬のアレルギーがありますか？ある場合、どんな症状ですか？

ある(薬の名前: _____ 症状: _____) ・ ない

9. タバコを吸いますか？ / 飲酒をしますか？

タバコを 吸う (1日 _____ 本位) ・ 吸わない / 飲酒を する (1日にどのくらい: _____) ・ しない

10. あなたの近い血縁者に、結核・がん・難聴・ぜんそくの人がありますか？

いる (本人・親・子・兄弟姉妹・その他血縁者 病名: _____) ・ いない

11. あなたの職場は騒がしいですか？また、特殊な金属や化学物質を扱う所ですか？

該当する場合は記入して下さい(_____)

12. (女性の方に)現在、妊娠していますか？ / 授乳中ですか？している場合、お子さんは何ヶ月ですか？

妊娠は : している(妊娠第 _____ 週) ・ していない / 授乳中 (_____ ヶ月)

13. これから受ける診察に特に希望があれば書いて下さい。